ACADÉMIE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 97

DES

PHLÉBITES VARIQUEUSES

ET DE

LEUR TRAITEMENT CHIRURGICAL

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Juillet 1912

PAR

Ulysse ALZIEU

Né à Puissalicon (Hérault), le 1er mai 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la thèse — FORGUE, professeur, *président.* ; RAUZIER, professeur. ; RICHE, agrégé ; MASSABUAU, agrégé. — *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1912

DES

PHLÉBITES VARIQUEUSES

ET DE

LEUR TRAITEMENT CHIRURGICAL

ACADÉMIE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 97

DES

PHLÉBITES VARIQUEUSES

ET DE

LEUR TRAITEMENT CHIRURGICAL

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Juillet 1912

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

Ulysse ALZIEU

Né à Puissalicon (Hérault), le 1er mai 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la thèse — FORGUE, professeur, *président.* ; RAUZIER, professeur. ; RICHE, agrégé ; MASSABUAU, agrégé. — *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻). . . . . DOYEN
SARDA. . . . . ASSESSEUR
IZARD . . . . . SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM.	GRASSET (✻). Chargé de l'enseignedt pathol. et thérap. génér
Clinique chirurgicale		TEDENAT (✻).
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (✻).
Physique médicale		IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd		GRANEL.
Clinique chirurgicale		FORGUE (✻).
Clinque ophtalmologique		TRUC (✻).
Chimie médicale.		VILLE.
Physiologie		HEDON.
Histologie		VIALLETON.
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie		GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		BOSC.
Higiène		BERTIN-SANS (H)
Pathologie et thérapeutique générales . .		RAUZIER. Chargé de l'enseignemen de la Clinique médicale
Clinique obstétricale		VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale. . . .		VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT HAMELIN (✻)
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés des Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM.	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .		LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe		LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.		DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.		PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU, agr. libr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie. . . .		MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire		SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. LAGRIFFOUL	MM. DERRIEN
VEDEL	GAUSSEL	MASSABUAU
SOUBEYRAN	RICHE	EUZIÈRE
GRYNFELTT Ed	CABANNES	LECERCLE
LEENHARDT	DELMAS (Paul).	FLEIG, chargé des fonc

Examinateurs de la Thèse

MM. FORGUE, profes., *président.*	MM. RICHE, *agrégé.*
RAUZIER, *professeur.*	MASSABUAU, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON FRÈRE

A MA BELLE-SŒUR

A MA NIÈCE

A TOUS MES PARENTS

U. ALZIEU.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

U. ALZIEU.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RAUZIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

U. ALZIEU.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RICHE

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A MONSIEUR LE DOCTEUR MASSABUAU

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A TOUS MES MAITRES

MEIS ET AMICIS

U. ALZIEU.

AVANT-PROPOS

Le présent est plein du passé, comme il est gros de l'avenir. Tous les instants de notre vie se trouvent étroitement unis par d'invisibles chaînes à ceux qui les ont précédés comme à ceux qui les suivront ; l'esprit se trouve être une scène où se pourchassent en une ronde perpétuelle les souvenirs de la mémoire et les visions de l'imagination. Mais il n'est pas d'heures durant lesquelles ce conflit entre le passé et l'avenir n'apparaisse plus poignant que celles où notre vie s'éloigne des sentiers accoutumés pour s'orienter vers un but nouveau.

Le voyageur qui quitte la dernière oasis pour s'aventurer dans les sables sans fin du désert, le marin qui voit disparaître à l'horizon la terre aimée qu'il délaisse pour un lointain voyage, ne peuvent se garder d'un frisson d'angoisse devant l'incertitude des lendemains. La vision des dangers à courir, des périls à affronter, se dresse devant eux comme pour mieux leur faire regretter les jours écoulés. Quelle que soit leur énergie, leur désir de l'en-avant, ils ne peuvent protéger leur âme de la crainte ; les joies et même les douleurs passées leur semblent alors plus désirables que cet inconnu vers lequel ils se lancent. Nous sommes en tout point semblable à ce voyageur, à ce marin, et ce sont les mêmes sentiments qui nous assaillent. L'étudiant est devenu un homme prêt à accomplir la mission qu'il s'est choisie, prêt à

commencer sa tâche au milieu de la grande fourmilière humaine.

Que sera pour nous cette vie nouvelle ? Sera-t-elle faite de triomphe ou de déboires ? Pourrons-nous nous garder des amères déceptions qui naissent parfois du contact avec les hommes ou avec les choses ? C'est l'inconnu avec toutes ses incertitudes qui se trouve devant nous.

Et certes, nous ne pouvons, alors, nous empêcher de songer avec regret aux heures tranquilles et douces passées auprès de nos maîtres vénérés. Pas à pas, ils nous guidèrent dans les voies parfois difficiles de la science, dont leur grâce souriante savait aplanir les difficultés. Ils nous ont fait ce que nous sommes. Le souvenir de leurs nobles figures nous permettra de supporter vaillamment les coups de la destinée ; car ils ne s'efforcèrent pas seulement de meubler notre esprit, mais ils surent aussi nous inspirer la passion de leur art et faire naître en nous les qualités qu'il demande.

Nous voudrions, au moment de les quitter, trouver des termes assez émus pour leur exprimer notre gratitude, pour leur témoigner tout notre respect et notre vénération.

Mais ne sera-ce pas pour eux la plus douce des récompenses que de savoir qu'il formèrent, à la fois, le cœur et l'esprit de leur disciple, qui n'aura, pour triompher dans la lutte à venir, qu'à évoquer l'image de leur vie, toute d'abnégation, faite de dévouement à la science et à l'humanité.

DES

PHLÉBITES VARIQUEUSES

ET DE

LEUR TRAITEMENT CHIRURGICAL

INTRODUCTION

Nous avons eu pour but, dans ce modeste travail, d'examiner dans son ensemble la cure des phlébites variqueuses. Après avoir rapporté la très intéressante observation inédite de M. le professeur Riche, nous avons étudié l'étiologie générale et locale de la phlegmasie, nous nous sommes demandé si, à cette époque où l'intervention dans la phlébite recueille des suffrages de plus en plus nombreux, la question de la localisation de la phlébite ne pouvait pas être prise comme base et comme guide de son étude. C'est dans ce but que nous avons consacré un chapitre aux diverses formes anatomiques si intéressantes à connaître au point de vue diagnostic et traitement. Dans un troisième chapitre, nous avons fait l'étude clinique des diverses variétés de phlegmasie, et nous avons essayé, par un diagnostic différentiel aussi complet que possible,

de fixer l'esprit du clinicien pour le mettre en garde contre les erreurs possibles.

Enfin, nous avons voulu démontrer que, parmi les différents traitements qui sont en cours dans la cure des phlébites variqueuses, l'ablation chirurgicale doit tenir la première place. Le traitement chirurgical mérite, à notre sens, d'être seul érigé en principe, au moins dans la grande majorité des cas ; s'il y a des exceptions, nous les étudierons à propos de certains malades tarés, dyscrasiques ou cachectiques, et nous terminerons en démontrant par des faits l'innocuité du traitement sanglant, ses bons effets et ses résultats immédiats.

Mais avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis d'abord de remercier bien vivement M. le professeur Forgue qui nous a fait l'insigne honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Au début de nos études médicales, nous avons eu l'heureuse chance d'être admis dans son service ; c'est là que nous avons appris les premiers éléments de ces connaissances dont nous devons faire dans la vie l'application journalière ; certes, nous ne pouvions commencer ni finir nos études sous de meilleurs auspices.

Que M. le professeur Rauzier reçoive le témoignage de notre profonde gratitude, nous le remerçions d'avoir voulu accepter de faire partie de notre jury de thèse.

A MM. les professeurs agrégés Riche et Massabuau nous adressons l'expression de toute notre reconnaissance. M. Riche nous a suggéré l'idée de ce modeste travail, il nous a permis d'utiliser quelques-uns des nombreux et précieux documents dont il disposait, nous aurions voulu savoir en tirer un parti meilleur ; nous le prions d'accepter l'hommage de notre respectueuse gratitude.

OBSERVATION

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le docteur V. Riche, professeur agrégé. — Volumineuse tumeur phlébitique de la saphène interne. — Extirpation

Je suis consulté, il y a un an, par un homme d'une quarantaine d'années, au sujet d'une tumeur qu'il porte depuis plusieurs mois à la partie moyenne de la cuisse droite et qui lui paraît augmenter régulièrement de volume.

Ce malade ne présente aucun antécédent pathologique, personnel ou héréditaire, digne d'être noté. Il avoue un éthylisme léger.

Il aurait remarqué, depuis plusieurs mois, à la partie moyenne de la cuisse droite, une tumeur, d'abord peu volumineuse, mais dont l'accroissement a été régulièrement progressif. Elle a toujours été indolore, ne gênant en rien le malade, mais l'inquiétant par son volume. Sa consistance aurait toujours été dure.

A l'examen, la partie moyenne et interne de la cuisse droite est occupée par une tumeur du volume d'une tête de fœtus, à grand axe parallèle à l'axe du membre et répondant sensiblement à la gouttière des adducteurs. La peau présente sa coloration normale et se laisse aisément mobiliser sur la tumeur, qui, elle-même, se mobilise assez facilement sur les plans profonds, avec cependant une légère résistance qui laisse supposer l'existence d'un pédicule. La surface extérieure de la tumeur est régulièrement lisse ; nulle part on ne perçoit de lobulations ; la consistance est ferme, rénitente,

c'est celle d'une tumeur solide ; la palpation et la mobilisation sont absolument indolores. L'exploration à jour frisant ne révèle ni expansion ni battements.

Rien d'anormal sur la cuisse ; à la face interne de la jambe, se voient quelques flexuosités variqueuses peu accentuées ; un peu plus bas, au-dessus de la malléole interne, se trouve une cicatrice pigmentée qui résulterait, nous dit le malade, d'une plaie de la jambe consécutive à un coup et qui aurait mis longtemps à se fermer.

L'évolution de la tumeur, ses caractères cliniques, l'absence de troubles fonctionnels me font porter le diagnostic de tumeur mixte de la cuisse.

J'opère le malade en juillet 1911, sous anesthésie lombaire à la novocaïne (7 centig. de novocaïne pure) et sans le moindre incident d'anesthésie. Sur la tumeur, deux incisions curvilignes se regardant par leur concavité, circonscrivent une « tranche de melon » qui sera enlevée avec la tumeur. Le tissu adipeux sous-cutané est très abondant et masque la surface de la tumeur que je ne m'attache pas à disséquer de plus près. Pour faciliter son énucléation, je la saisis dans une forte pince à abaissement qui la déchire. Non sans surprise, je m'aperçois alors que des caillots noirs font issue par l'orifice créé par la pince ; je prolonge alors mon incision cutanée en haut et en bas, afin de me rendre bien compte des connexions de la tumeur. Vers la racine de la cuisse, j'arrive sur le tronc de la saphène interne, non dilatée et non thrombosée et qui semble émerger de la face interne de la tumeur, avec laquelle il est évident qu'elle se continue. Je sectionne alors la saphène interne entre deux pinces, et, faisant basculer la tumeur vers le genou, j'aperçois à sa surface interne comme une espèce de hile

auquel aboutissent deux cordons veineux, l'un, celui qui vient d'être sectionné, bout distal de la saphène interne, l'autre, que je sectionne entre deux pinces, un peu au-dessus du condyle interne du fémur et qui n'est autre que le bout proximal de la saphène interne qui retenait seul la masse. Ici encore, ni dilatation ni thrombose.

Attouchement iodé suivant la méthode de Grossich ; petit drain sous la peau qui est suturée aux crins de Florence. Ablation du drain le 4e jour ; ablation des fils le dixième. Réunion par première intention. Le malade marche au quinzième jour.

La tumeur enlevée, séparée de la tranche de peau, offre le volume d'un poing d'adulte et pèse près de deux cents grammes. Sa forme rappelle assez celle d'un rein ; sa surface est lisse et très régulière, non lobulée. On y remarque en un point une déchirure faite par la pince, par laquelle sortent des caillots noirâtres.

Sur sa face interne, qui rappelle vaguement un hile, se voient les deux tronçons veineux, sains en apparence, de la saphène interne, dont la tumeur n'est, en somme, qu'une énorme ectasie thrombosée.

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE

Les veines variqueuses sont très sujettes à l'inflammation ; les causes de cette phlegmasie sont assez complexes et d'ordre différent ; on peut les diviser en :

Causes prédisposantes ;
Causes déterminantes.

I. Causes prédisposantes. — Parmi les causes prédisposantes, il faut tenir compte du processus anatomique qui engendre la dilatation veineuse.

Cornil a montré qu'il s'agit là d'une phlébite chronique comparable à l'artérite de l'athérome. Schwartz dit que l'inflammation se greffe presque toujours sur des varices du troisième degré, c'est-à-dire atteintes de phlébite chronique.

Et il est rationnel de penser qu'il y a là un lieu de moindre résistance pour l'agent pathogène dans cette veine altérée, modifiée dans sa structure, et qui, en outre des modifications anatomiques, présente, de plus, des troubles circulatoires.

Nous savons, en effet, que le sang circule mal dans les veines variqueuses et que, stagnant au contact des parois altérées, il se coagule presque toujours et forme des caillots tantôt mous, tantôt pierreux (phlébolithes). Ces cail-

lots, ces concrétions ou phlébolithes entretiennent autour d'eux un état phlegmasique léger, mais perpétuel. Vienne une cause occasionnelle même insignifiante, et la phlébite aiguë ou subaiguë éclatera aisément.

II. Causes déterminantes. — Ces causes déterminantes échappent parfois, mais, en général, on les reconnaît sans peine. Elles sont de deux ordres :

Locales ;
Générales.

A. *Locales.* — Les *causes locales* pouvant déterminer l'inflammation des varices sont aussi nombreuses que banales. Toutes les atteintes portées au tégument externe, et à plus forte raison à la veine, peuvent déterminer cette phlegmasie.

Une simple *contusion* peut suffire et donner lieu, dans certains cas, à des « thromboses aseptiques » : l'attrition trouble la nutrition de la paroi vasculaire et provoque une lésion de l'endoveine ; sous l'influence de cette altération pariétale, une précipitation de fibrine se fait au point blessé dans la cavité de la veine, et la thrombose s'établit sans participation d'aucun microbe, « le fait est purement chimique ».

Dans d'autres cas et le plus souvent, le processus ne reste pas aseptique, le lieu traumatisé, bientôt recouvert par un mince thrombus blanc de fibrine, sert de point d'appel et fixe les bactéries sur la paroi veineuse : c'est la thrombose septique.

Il existe également un foyer traumatique sous-cutané dans le « *coup de fouet* ». Cette affection, étudiée par Verneuil, Terrillon, a été l'objet de thèses toutes récentes qui ont apporté des faits nouveaux.

Le Dentu a cité des cas d'embolie pulmonaire consécutive à un traumatisme léger, chez un vieux variqueux.

Quénu pense qu'à côté du traumatisme, il y a lieu de placer quelques lésions tégumentaires : boutons d'acné, fissures, etc., qui ouvrent la porte à l'agent pathogène.

Des influences extérieures, insignifiantes en apparence, causent bien des phlébites variqueuses ; Briquet invoque le froid. Il suffit des froissements produits par les vêtements et surtout par les chaussures ; c'est à peine si l'on oserait employer, en pareil cas, le mot de traumatisme.

Quelques *ruptures spontanées* mal soignés sont une cause possible de phlébite. C'est ce qui eut lieu chez deux femmes enceintes dont Blot a rapporté l'histoire (*Bull. Soc. chir.*, 1862, 2e série).

Il en sera de même pour les diverses *plaies*, et, avant le pansement antiseptique, cela avait une importance réelle pour les opérations variées qui cherchent à obtenir la cure radicale des varices. Hogson, Breschet, Lisfranc et, plus près de nous, Rigaud ont insisté sur la facilité avec laquelle les plaies des veines variqueuses se compliquent de phlébite.

Enfin, une cause plus banale peut être, mais infiniment plus fréquente, de phlébite variqueuse consiste dans les *ulcérations* de toute nature : spécifiques, diabétiques ou simples dont Ribs, en 1825, signalait déjà l'influence inflammatoire. C'est une cause fréquente en raison de la prédisposition considérable des membres variqueux aux ulcérations. Sur ces ulcères mal soignés, dont les porteurs se promènent souvent avec des pansements insuffisants ou nuls, les contusions légères mais répétées créent des points d'entrée multiples aux micro-organismes. Dionis des Carrières cite deux cas de ce genre dans deux obser-

vations sur des accidents qui compliquent le diabète (*Mon. des Hôpitaux*, 1857).

Broca et depuis Schwartz ont repris cette question de pathogénie et y ont apporté des idées plus nettes.

Pour eux, la porte d'entrée du microbe phlogogène est ouverte par ces ulcérations ou même les excoriations les plus simples, et sa localisation sur les veines est facilitée par leur altération. Nous citerons, à ce propos, la phrase de Schwartz, car elle comprend toute la pathogénie de la phlébite variqueuse : « Nous pensons donc que la plupart » du temps la thrombo-phlébite est due à l'action d'un » agent pathogène qui a pénétré par effraction jusqu'au » voisinage des veines dilatées. Le coup, le choc, la fati- » gue ne sont que des causes occasionnelles, mais qui » peuvent jouer un rôle prépondérant. »

Pour Schwartz donc, comme pour Broca, la cause nécessaire de la phlébite variqueuse est le microbe pathogène qui, trouvant dans la dilatation des varices un lieu de moindre résistance, s'y fixe et produit la phlébite après avoir pénétré par effraction dans la veine ou ses environs.

Nous trouvons là, résumées, les causes qui procèdent au développement des maladies infectieuses : l'influence de l'agent extérieur, l'influence du terrain.

B. *Générales.* — A côté de ces causes locales trop brièvement exposées, il faut placer les *causes générales.*

Elles peuvent se grouper sous trois chefs :

1. *Maladies générales infectieuses.*
2. *Infection traumatique.*
3. *Infection puerpérale.*

1° Les observations des phlébites variqueuses dépendant d'une *maladie générale*, telle que l'état fébrile invoqué par Paget, sont assez nombreuses. Maydieu

(Thèse, Paris, 1881), insiste sur le rôle de l'embarras gastrique fébrile et s'appuie sur deux observations fournies par M. Bouilly, dans lesquelles il montre la phlébite variqueuse survenant à la suite d'un embarras gastrique fébrile (Obs. II, Obs. III) ; dans l'observ. IV, c'est une bronchite aiguë qui a été la cause déterminante ; dans l'obs. VII, une pneumonie; dans l'observ. XI, une tuberculose pulmonaire.

Nos connaissances actuelles nous permettent d'avoir une compréhension très nette du processus pathogénique dans ces cas.

Nous savons que toutes ces maladies (embarras gastrique fébrile, pneumonie, bronchite aiguë, etc....) sont des maladies infectieuses et que leurs complications sont dues à des localisations du microbe pathogène. Or, il est bien connu que ces localisations se feront sur des organes qui y sont prédisposés par une tare antérieure. Aussi est-il tout naturel que la dilatation des veines, fournissant un lieu de moindre résistance aux microbes, prédispose à leur inflammation, à la phlébite variqueuse.

2° Certaines *infections traumatiques* semblent agir de même. Maydieu, dans sa thèse, cite, d'après Bouilly, deux observations intéressantes. L'une d'elles est relative à une plaie au bras droit, par balle de revolver; il se fit de la phlébite et de la péri-phlébite variqueuse, quoique le malade eût toujours gardé le lit ; l'autre se termina par suppuration : il s'agissait d'une plaie du cuir chevelu qui avait déterminé de la fièvre chez un alcoolique.

Nous rapprocherons ces deux faits de deux autres signalés par Bouilly où, consécutivement à un phlegmon de l'avant-bras, déterminé par une piqûre anatomique, s'est manifesté une phlébite hémorroïdale.

3° Enfin, *l'état puerpéral* est une cause fréquente de la

phlébite variqueuse. Ces phlébites se manifestent ordinairement chez les femmes récemment accouchées, mais quelquefois aussi à une époque antérieure. Elles étaient connues des anciens accoucheurs qui, ignorant les effets de l'antisepsie, les redoutaient énormément.

Nous concluons de tous ces faits qu'il y a une relation certaine, une corrélation indéniable entre certains états généraux et les phlébites variqueuses qui se manifestent au même moment chez le malade, et nous admettrons volontiers que les mêmes micro-organismes de la maladie ou de l'infection surajoutée se localisent sur l'endothélium veineux attaqué par le processus variqueux pour y déterminer une inflammation aiguë ou subaiguë.

CHAPITRE II

FORMES ANATOMIQUES

La diversité des formes anatomiques des phlébites, si importante à connaître au point de vue du traitement qui convient à chacune d'elles, n'a pas encore attiré suffisamment l'attention de tous ceux qui se sont consacrés à l'étude de la phlegmasie variqueuse. A peine, çà et là, la question a-t-elle été timidement ébauchée, et nous ne trouvons, dans les articles de Broca, Schwartz, Quénu et les thèses les plus récentes (Etienne, Sagot, 1905,) que des considérations générales sur les formes les plus communes.

C'est pour combler cette lacune et fixer nettement l'esprit des cliniciens sur des formes qu'ils sont susceptibles de rencontrer dans leur pratique quotidienne, que nous avons essayé une division et une description qui, sans être originales et complètes, auront du moins la prétention d'être modestes.

La phlegmasie variqueuse, dont le processus inflammatoire nous est bien connu, se montre à tel point capricieuse qu'elle est susceptible de faire subir à la paroi veineuse et à son contenu les modifications les plus diverses. Tantôt c'est une simple dilatation, tantôt de véritables paquets variqueux assez semblables à des rouleaux de ficelle désordonnés, tantôt, enfin, et pour ne parler que

des principales, ce sont de petites ampoules espacées les unes des autres à la façon des grains de chapelet.

Pour adopter un certain ordre dans une telle variété, nous diviserons les phlébites variqueuses en deux grands groupes :

1° *D'après l'évolution anatomique;*
2° *D'après la localisation.*

I. L'*évolution anatomique* de la phlegmasie variqueuse est subordonnée, en quelque sorte, au degré de virulence du microbe pathogène, et aussi, vraisemblablement, à la résistance de l'organisme.

Si l'infection est atténuée, la veine devient le siège d'une réaction plastique avec bourgeonnement de la paroi et précipitation de fibrine, d'où coagulation intra-vasculaire qui tend à limiter l'infection, ce qui est un processus favorable. Il y aura donc production d'un caillot oblitérant, et le fait essentiel sera la thrombose. Nous serons, dans ce cas, en présence d'une *phlébite non suppurée, plastique, adhésive, oblitérante;* c'est la forme la plus commune de phlébite variqueuse, telle qu'on la rencontre en pratique et dont nous relatons quelques observations empruntées à Schwartz (Obs. III et obs. IV).

Mais quand le système veineux est le siège d'une infection grave, le processus de défense locale est ralenti ou arrêté.

L'organisation du caillot, résultat de la réaction plastique de la paroi veineuse, avorte : les cellules endothéliales de l'endoveine, agents essentiels de cette organisation, ne présentent qu'une insuffisante multiplication. Et tandis que fait défaut cette inflammation productive et organisatrice, les phénomènes d'inflammation septique prédominent : ils se traduisent par la présence d'un grand

nombre de globules blancs en voie de dégénérescence granuleuse. Aussi, le caillot, au lieu d'avoir une couleur rouge foncé, est plutôt gris, blanchâtre; assez souvent, il présente des foyers de ramollissement, aboutissant à la formation d'abcès phlébitiques. Ce coagulum, peu ou pas adhérent à la paroi, est exposé à se fragmenter et à devenir le point de départ d'embolies infectieuses. Telle est la *phlébite suppurée*, type classique représenté dans l'observation XII due à Broca, dans laquelle la dissection de la saphène interne *post mortem* laisse voir du pus dans toute sa longueur.

Nous sommes donc en présence de deux types bien distincts et dont l'évolution anatomique est dominée dans l'un par la formation du caillot, dans l'autre par les phénomènes septiques. L'observation II relatée par Campenon, est bien la caractéristique de ces formes septiques, 23 abcès furent incisés sur le trajet de la saphène interne et laissèrent écouler avec des caillots noirs un pus extrêmement fétide : le malade échappa à la mort, mais fut atteint consécutivement d'un pied bot phlébitique.

Nivert a publié à son tour plusieurs observations de phlébites suppurées diffuses, devenues rapidement mortelles.

II. — Le second groupe des formes anatomiques des phlébites repose sur la *localisation de la phlegmasie variqueuse*.

Toutes les veines du membre inférieur sont exposées au processus infectieux dans des proportions variables, mais la plus communément atteinte est encore la *saphène interne*. La plupart des observations que nous avons rassemblées sont relatives à cette localisation, et tous les auteurs, depuis Broca et Schwartz, qui ont admirablement

étudié l'évolution inflammatoire de la phlébite, jusqu'aux travaux de Guériteau et Etienne, tous se sont particulièrement attachés à décrire cette forme localisée.

Bien moins fréquente est la phlébite de la *saphène externe*. Une première observation, que nous avons empruntée à Longuet et Balthazard, nous en fournit un exemple typique. Il s'agit là d'une tumeur douloureuse, développée le long de la saphène externe, consécutivement à un traumatisme sur la face interne du tibia. Une deuxième observation, due à Morestin, nous permet de constater, chez une femme de 56 ans, un cordon dur, noueux, qui monte depuis le bas de la jambe jusqu'au creux poplité.

La littérature chirurgicale n'en rapporte que des cas isolés, cela tient sans doute à ce que ce vaisseau, ne se trouvant pas tout à fait dans les mêmes conditions défavorables de circulation, est beaucoup moins exposé aux phlébites variqueuses. Comme le fait remarquer Chrétien, à l'inverse de la saphène interne que rien ne soutient, la saphène externe se trouve bridée et contenue par l'aponévrose jambière au même titre que les veines profondes, et, à ce même titre, comprimée entre l'aponévrose et les groupes musculaires, elle bénéficie des contractions de la marche.

Enfin, il n'est pas rare que le processus inflammatoire se localise à la fois sur la saphène interne et sur la saphène externe. Campenon cite un cas de phlébite, que nous rapportons en détail : il s'agit d'une suppuration diffuse. Sur la jambe de la malade, on découvre 4 abcès gros comme un œuf de dinde : deux sur la saphène interne, un troisième sur la face antéro-interne de la jambe, un quatrième sur la saphène externe au milieu du mollet. Cette double phlegmasie s'explique aisément, si

l'on considère les anastomoses entre les deux veines. Leur nombre et leur situation sont variables. Deux seulement sont à peu près constantes : l'une transversale naissant de la saphène externe au niveau de son engagement entre les jumeaux, l'autre oblique allant de la crosse de la saphène externe à la saphène interne, au tiers supérieur de la cuisse.

La phlegmasie variqueuse, ainsi localisée sur l'un ou l'autre de ces vaisseaux veineux, peut circonscrire ses effets sur une portion plus ou moins grande de leur trajet ; et il y aura lieu de faire une distinction entre les *formes localisées* ou inflammation localisée et les *formes étendues* ou inflammation diffuse.

Les premières sont de beaucoup les plus intéressantes et présentent des variétés qui méritent d'attirer notre attention. Il existe assez souvent à la face interne de la cuisse ou de la jambe certaines tumeurs qui, plus d'une fois, ont tenté le bistouri du chirurgien. Tout le monde connaît l'histoire du chirurgien qui, pensant réduire une hernie crurale étranglée, provoque une embolie mortelle ; cette prétendue hernie n'était autre qu'une phlébite ampullaire. C'est qu'en effet, cette dilatation ampullaire peut exister à peu près isolée. Un cas non moins intéressant de ce genre nous est fourni par l'observation première due à M. le professeur Riche. Il s'agit, comme on le voit, d'une tumeur du volume du poing, occupant la partie moyenne de la cuisse droite ; elle pèse près de 200 gr. après extirpation, et sa forme rappelle celle d'un rein ; sa surface est lisse et très régulière, non lobulée ; en un point, on y remarque une déchirure faite par la pince, par laquelle sortent des caillots noirâtres. Tumeur absolument isolée, à évolution insidieuse, en continuité avec la

saphène qui ne présente en aucun point, soit au-dessus, soit au-dessous, la moindre trace de processus phlegmasique. Cette observation est absolument typique. Broca, dans la *Revue de Chirurgie*, consigne un cas à peu près semblable, c'est une phlébite circonscrite qui prend la forme d'une tumeur ovoïde, mais, ici, avec des phénomènes inflammatoires assez nets (Obs. V).

Quelquefois, ce n'est plus une tumeur isolée, et l'on est surpris de se trouver en présence d'un véritable chapelet variqueux constitué par de petites ampoules séparées les unes des autres par de petits espaces de saphène à peu près saine. C'est cette phlébite moniliforme à localisations multiples et isolées qu'on a pu constater chez certains variqueux. M. le professeur Forgue a eu l'obligeance de nous communiquer une observation intéressante chez un sujet qu'il opéra dans sa clinique (Obs. XIII).

Enfin, un mot seulement sur une forme localisée, mais comprenant plusieurs paquets de varices. Guériteau, dans sa thèse (Observation IV, V et VI), a relaté des faits intéressants.

Dans l'un, il s'agit d'un homme de 51 ans qui, à son arrivée à l'hôpital Cousin, présente un envahissement de toute la saphène interne droite que l'on sent comme un cordon sinueux. Sur le trajet de la saphène, on observe plusieurs tumeurs variqueuses enflammées, la plus importante siège au tiers moyen de la cuisse.

Celle-ci est légèrement mobile sur les muscles à sa partie profonde, mais elle adhère à la peau d'une façon intime ; elle est bosselée, de consistance élastique et formée par des varices serpentines atteintes de phlébite. Dans l'autre, c'est un homme de 36 ans qui présentait des paquets variqueux situés sur le trajet de la saphène interne. Le malade avait au tiers moyen de la cuisse, un

énorme paquet variqueux qu'il compare très exactement à un gros paquet de ficelles.

C'est qu'en effet les flexuosités qui constituent la veine sont envahies et, avec elles, le plus souvent, le tissu cellulaire intermédiaire, le tissu sous-cutané et la peau. La peau fait, en effet, presque toujours corps avec la tumeur, et il devient impossible de la disséquer sans ouvrir quantité d'ampoules remplies de caillots.

Dans les phlébites variqueuses étendues ou diffuses, bien connues depuis longtemps, l'anatomie ne nous apprend rien de bien intéressant, toute la veine est prise, le processus phlegmasique envahit tout le trajet; elles ne sauraient nous retenir davantage.

CHAPITRE III

ETUDE CLINIQUE

Après ce rapide aperçu des diverses formes anatomiques de la phlegmasie variqueuse et comme complément indispensable de leur description, nous allons en aborder l'étude clinique, la symptomatologie, et nous diviserons les symptômes en :

Symptômes généraux
Symptômes locaux

I. Symptomes généraux. — D'une manière générale, on peut dire que ces symptômes sont nuls ou du moins peu accentués dans ces formes de phlébite que nous avons appelées adhésives ou oblitérantes. Çà et là, dans les diverses observations que nous avons pu recueillir, peut-on relever un *léger état fébrile* au moment de la poussée phlébitique ou lorsque celle-ci s'accompagne de périphlébite ou de lymphangite trajective. Mais ordinairement, l'évolution de la thrombose est apyrétique, s'il faut en croire les nombreux exemples rapportés par Schwartz, Quenu et bien d'autres.

Il n'en est plus de même quand il s'agit de ces formes suppurées où dominent, comme nous l'avons vu, les phénomènes septiques. Ici, que nous ayons affaire à une suppuration circonscrite ou diffuse, il y a toujours des symptômes généraux en rapport avec l'intensité de l'infection.

La fièvre est le signe général le plus important de l'abcès phlébitique ; elle s'élève subitement, précédée ou non de frisson, à 39° ou 40° ; elle peut se maintenir à ce niveau jusqu'à l'ouverture de l'abcès ou jusqu'au moment de la mort; d'autres fois, elle présente les grandes oscillations de la pyohémie, oscillations dues à la formation et à l'ouverture rapide des abcès et qui traduisent l'infection successive des segments variqueux.

Les autres symptômes généraux sont ceux de toute infection. Il est à noter que la production successive de nouveaux foyers septiques dans le réseau variqueux s'ajoute aux abcès métastatiques possibles pour aggraver l'infection générale et remettre tout en question, alors que l'on croit être maître de la situation.

Broca rapporte le cas intéressant d'un homme de 56 ans qui, amené à l'hôpital dans un état fébrile modéré, fut pris, dans la nuit, d'un délire très violent, cris et envie de se lever. Le lendemain, délire, perte de connaissance, langue fuligineuse ; pas de frissons, mais température 39°5. Le soir, à 5 heures, température 38°6. Agonisant ; défécation involontaire et mort à 7 heures 1/2 du même soir.

Cet homme avait succombé à des phénomènes d'infection généralisée, à la pyohémie.

Ce même auteur fait, un peu plus loin, certaines restrictions pour quelques abcès localisés. « Lorsque l'abcès phlébitique et périphlébitique reste localisé, dit-il, il est remarquable de voir qu'avec un phlegmon parfois étendu, la fièvre reste modérée, la suppuration ne s'annonce souvent pas par des frissons, le malaise n'est pas beaucoup plus marqué que lorsque la résolution doit se faire » ; et, dans la *Revue de chirurgie*, 1889, il cite, à ce propos, l'observation d'une blanchisseuse de 54 ans qui se présenta à l'hôpital Saint-Louis avec un ulcère long de 8 à 10 centi-

mètres de la jambe gauche et plusieurs autres exulcérations larges comme des pièces de 50 centimes. Bientôt après, un premier abcès sous la malléole externe, un second à la partie externe du genou, fluctuant pendant 5 à 6 jours. Dix jours après, ces abcès sont résorbés et cicatrisent rapidement. La fièvre ne fut jamais au-dessus de 38°.

Tels sont, dans leur ensemble, les principaux symptômes généraux de la suppuration phlébitique, ce sont ceux de l'infection en général.

II. Symptomes locaux. — Ceux-ci nous retiendront plus longtemps en raison de l'intérêt qu'ils présentent pour le diagnostic de certaines formes que nous avons anatomiquement étudiées. La clinique s'efforcera de compléter ce que l'anatomie n'a pu qu'esquisser, et, pour être logique, nous passerons cliniquement en revue les différentes variétés auxquelles nous avons déjà consacré un chapitre spécial.

Ces symptômes locaux, nous les étudierons dans les formes suppurées d'abord, dans les formes adhésives ensuite, avec les variantes qu'elles présentent.

La suppuration s'observe indistinctement dans les phlébites à forme tronculaire, ampullaire, en paquets, et peut-être plus fréquemment dans cette dernière.

Lorsque la phlébite suppure, on peut, grâce aux thromboses limitantes protectrices, observer l'isolement des foyers, surtout au début de l'infection ; toutefois, le thrombus est une barrière relative et transitoire, les caillots se désorganisent, suppurent et l'infection se propage. D'où, au point de vue clinique, deux types à établir :

1° *Forme suppurée circonscrite*

2° *Forme suppurée diffuse*.

1. La *forme suppurée circonscrite* ne revêt pas toujours les allures locales du phlegmon ; son début est quelquefois insidieux, et il y a des phlébitiques variqueux chez lesquels l'élévation de température est le seul symptôme d'une suppuration. Mais, le plus souvent, on assiste à l'évolution d'un abcès chaud banal. A l'inspection et à la palpation, on trouve des foyers fluctuants dont l'incision, en montrant la présence de caillots, de détritus hématiques et de pus, caractérise la nature. Lorsque l'abcès est isolé, la collection évolue plus lentement, la zone de périphlébite a le temps de s'organiser autour du foyer, il se forme un véritable phlébo-phlegmon ; les ampoules veineuses suppurent ainsi que le tissu cellullaire périphérique.

La peau présente une légère teinte violacée, livide, au niveau du foyer variqueux suppuré, quelquefois elle adhère aux varices ainsi enflammées ; dans ce cas, elle peut être détruite par la suppuration, et il peut se produire un véritable sphacèle d'une partie de la peau de la jambe, comme Schvartz en a observé un exemple.

Il y a de l'œdème du membre variqueux ; au-dessus ou dessous de cet abcès phlébitique, on peut sentir un cordon dur formé par la veine en état de phlegmasie. La douleur est parfois très vive, douleur spontanée au moment de la suppuration, douleur provoquée même par la plus légère palpation.

Enfin, on peut se trouver en présence de véritables abcès en bouton de chemise, lorsqu'il existe une communication veineuse entre la superficie et la profondeur.

Nous n'insisterons pas davantage sur cette symptomatologie locale qui peut encore varier suivant les cas, et nous envisagerons aussi rapidement les symptômes locaux de la suppuration diffuse.

2° Dans la *forme suppurée diffuse*, les veines peuvent

suppurer segment par segment, et il y a production d'une série d'abcès successifs isolés, rangés en série linéaire, qui conduisent plus ou moins loin, parfois jusqu'à la racine de la cuisse ; nous avons déjà signalé à ce sujet l'observation de Campenon.

Comme signes révélateurs de cette forme suppurée diffuse, on constate une légère coloration de la peau, qui devient rouge, violacée, un œdème très net du membre phlébitique, et la palpation nous révèle une fluctuation limitée par un bord cratériforme. Ce bord est dû au thrombus d'amont et d'aval, thrombus partiellement désagrégé à son centre par les microorganismes, mais formant une barrière jusqu'à nouvel ordre autour de l'abcès. Dans un fait de Damalix rapporté par Mérieux, la saphène interne formait, après incision, une gouttière purulente jusqu'à la racine de la cuisse où existait un gros abcès intra-veineux, à l'embouchure de la saphène dans la veine fémorale ; le malade mourut avec tous les signes d'une infection purulente.

Lorsque la suppuration, au lieu de se faire par segments comme précédemment, envahit d'emblée toute la veine, ces thrombus n'ont pas le temps de se produire sur son trajet, la peau n'a pas le temps de rougir, mais les signes généraux de la pyohémie et de l'embolie septique traduisent cette infection foudroyante.

Tels sont, dans leur ensemble, les symptômes locaux de ces formes suppurées circonscrites ou diffuses, bien moins intéressantes, au point de vue du diagnostic différentiel, que les formes adhésives sur lesquelles nous allons maintenant insister.

Ces *formes oblitérantes* sont, elles aussi, ou *localisées* ou *diffuses*. Dans le premier cas, elles se présentent sous

forme de *phlébite ampullaire* et de *phlébite des paquets variqueux;* dans le second, c'est la *phlébite étendue à tout le trajet de la veine* intéressée.

1° *Phlébite oblitérante totale.* — Quand on examine un membre atteint de phlegmasie étendue, on voit d'abord un œdème plus ou moins marqué de la jambe et du pied. Nivert le conteste, mais avec ses observations, Hervieu affirme la réalité du fait pour les phlébites variqueuses puerpérales, et il en est de même, d'après les travaux de Schwartz, pour les phlébites non puerpérales, et cet œdème, nous l'avons trouvé chez tous les malades.

Sur ce membre gonflé, on trouve une région empâtée, douloureuse à la pression et sous laquelle se dessine un cordon dur et noueux ; la peau à ce niveau est violacée, adhérente, caractères dus à la périphlébite concomitante. La palpation révèle ce cordon dur et, présentant des nodosités assez marquées, elle permet de l'isoler assez bien et de lui trouver des bords nets. Lorsque la veine est serpentine, on peut la suivre dans tous ses détours, et elle présente les mêmes caractères, si ce n'est qu'elle forme comme une plaque au lieu du cordon que nous avons signalé.

2° *Phlébite oblitérante circonscrite.* — S'agit-il de *phlébite des paquets variqueux,* nous sentons une tumeur douloureuse à la pression ; elle est légèrement mobilisable sur les parties profondes, mais présente une adhérence intime avec la peau qui permet d'apercevoir par transparence la teinte noirâtre des caillots veineux. Au-dessus et au-dessous, on sent la veine qui en a été le point de départ, sous la forme d'un cordon dur et douloureux qui se perd peu à peu ; nous ne reviendrons pas sur les observations de

Guériteau dont nous avons parlé dans l'étude des formes anatomiques.

Voyons maintenant comment se présente la *phlébite ampullaire*.

« La phlébite de la poche, dit Guibal, se révèle aux malades par une modification radicale des caractères de la tumeur : elle devient plus grosse, plus dure ; les douleurs, absentes jusqu'alors, apparaissent, siégeant dans la tumeur ou irradiant plus ou moins loin sur le membre. »

En même temps, les caractères physiques de la poche changent pour le médecin comme pour le malade. Son volume est accru ; à son voisinage, existe parfois un léger empâtement de nature inflammatoire ; la peau reste cependant mobile sur les plans profonds, sans modification de son caractère. La tumeur reste mobile sur les plans profonds, mais sa fluctuation devient plus obscure ou disparaît, elle devient parfois absolument dure et sa surface est irrégulière. Guibal a consigné une observation qu'il a empruntée à Pick (in Transact.-path. Soc. of London) sur une dilatation kystique de la saphène interne ; c'était un kyste à parois épaisses contenant du sang coagulé.

Cependant, la phlébite ampullaire n'évolue pas toujours d'une façon aussi identique, s'il faut en croire le cas rapporté par M. Riche et dans lequel nous assistons à une évolution insidieuse. Cet homme aurait remarqué depuis plusieurs mois, à la partie moyenne de la cuisse droite, une tumeur dont l'accroissement a été régulièrement progressif. Elle aurait été toujours indolore, ne gênant en rien le malade, et sa consistance aurait toujours été dure, ses caractères cliniques sont tels qu'on ne peut songer à une phlébite ampullaire, et pourtant, lors de l'intervention, la nature de la tumeur ne faisait aucun doute.

La conclusion, c'est qu'il n'y a pas un type clinique classique de phlébite ampullaire, c'est au clinicien averti et avisé d'en reconnaître la nature et d'en faire le diagnostic.

COMPLICATIONS

L'inflammation des varices peu se terminer par résolution ; malheureusement il n'en est pas toujours ainsi, et la phlébite n'évolue pas toujours d'une façon aussi bénigne. Le malade qui en est atteint est exposé à des accidents graves, quelquefois même mortels, que nous allons décrire.

Le premier et le plus rare est l'*embolie*. Sans en connaître les raisons, on a constaté que cette complication était peu fréquente dans les phlébites variqueuses, et, cependant, c'est un accident redoutable qu'il faut savoir prévenir. Cette complication, en effet, éclate d'une façon telle qu'elle peut entraîner la mort subite ou, sans être mortelle sur-le-champ, mettre la vie du malade en danger.

Si les caillots n'ont pas contracté une adhérence suffisante aux parois veineuses, si un mouvement inopportun vient à se produire, ou une malaxation intempestive, un fragment de caillot peut se détacher et, lancé dans le torrent circulatoire, il peut soit s'arrêter dans le cœur, soit oblitérer une des grosses branches de l'artère pulmonaire, et la mort s'ensuivre ou subitement, par syncope, ou très rapidement, par asphyxie. Ces cas ont été malheureusement observés. Chabenat en a rapporté un certain nombre, et d'autres ont été publiés depuis.

Toutefois, ce n'est qu'aux caillots volumineux que sont

dus ces faits de mort subite ou très rapide par syncope ou par asphyxie. Heureusement, il est des cas où les emboles détachées sont petites et ne sont pas toujours mortelles : elles s'arrêtent alors dans les petites branches de l'artère pulmonaire et se traduisent par de la dyspnée, un point de côté et tous les signes d'une congestion ou plutôt d'une apoplexie pulmonaire.

Ces embolies petites, non rapidement mortelles et contre lesquelles la science n'est pas totalement désarmée comme elle l'est vis-à-vis des autres, peuvent se reproduire à intervalles plus ou moins éloignés, constituant, chaque fois, un danger pour la vie du malade, et l'on trouve ainsi, à l'autopsie des vieux variqueux, des noyaux d'infarctus pulmonaires et une série d'embolies d'âge différent. Broca cite l'observation de Rigaud qui est on ne peut plus concluante à cet égard.

On le voit par ce rapide exposé, l'embolie est un grave danger pour le malade ; si elle n'est pas rapidement mortelle, elle constitue, par les accidents répétés qu'elle détermine, une véritable épée de Damoclès suspendue sur sa tête.

Une seconde complication, non moins redoutable, mais aussi rare depuis les progrès de l'antisepsie, c'est l'infection générale par embolie microbienne, la *pyohémie*.

Cette pyohémie peut se produire de plusieurs manières : ou bien, comme le dit Vaquez dans son étude sur la phlébite, « la phlébite est hyperseptique », et lorsque la suppuration se produit, les caillots n'ayant pas eu le temps de s'organiser, le pus se mélange au sang et l'infection se généralise.

Ou bien les caillots ont pu s'organiser, mais n'ont pas opposé au pus une barrière suffisante, et la suppuration de circonscrite est devenue diffuse, puis s'est généralisée.

Ou bien, enfin, les caillots ainsi organisés se sont infectés et des embolies septiques s'étant produites, ont transporté, dans les diverses parties de l'organisme, et plus particulièrement dans le poumon, leurs colonies microbiennes pour former, dans les endroits où s'arrête l'embolus, des abcès métastatiques.

Nous ne décrirons pas la symptomâtologie émouvante de cette pyohémie : frissons, température élevée, adynamie et mort résument à peu près les symptômes de l'infection générale.

De nombreuses observations ont été publiées sur cette infection purulente consécutive à la phlébite variqueuse.

Trois malades de Rigaud ont succombé à la pyohémie à la suite d'essais de cure radicale des varices.

Valette, de Lyon, cite un fait analogue, et Broca (Obs. XI) rapporte l'observation d'un malade qui succomba à la pyohémie, suite d'une phlébite suppurée. Beaucoup d'autres viennent à l'appui de ces faits pour démontrer combien grave est cette complication qui, si les progrès de l'antisepsie l'ont fait presque complètement disparaître, n'en tue pas moins généralement les malades lorsqu'elle se déclare.

Est-il nécessaire d'ajouter à ces deux complications primordiales certains *troubles trophiques* dus à la phlébite variqueuse ? Verneuil, dans ses comptes rendus à l'Académie des sciences (mars 1890), a signalé une déformation spéciale qu'il décrit sous le nom de *pied bot phlébitique*. Hervieu, dans son observation II, cite un *pied bot* consécutif à la suppuration d'un réseau phlébitique variqueux et invoque comme facteur pathogénique : l'impossibilité d'immobiliser la jambe et le pied dans la rectitude, et il prétend qu'il en est ainsi dans beaucoup de cas, et que si on pouvait toujours donner au membre

une bonne position, on éviterait ainsi nombre de pieds bots phlébitiques. Vaquez, dans son excellente monographie sur la phlébite des membres, attribue une grande partie de la genèse de ces pieds bots à la dégénérescence des troncs nerveux, à leurs névrites périphériques.

Quoi qu'il en soit, c'est une complication qui, sans compromettre la vie du malade, n'en constitue pas moins une infirmité. Enfin, pour en finir, nous dirons un mot sur les *récidives de la phlébite variqueuse*. La phlegmasie des veines variqueuses récidive avec la plus grande facilité, et un malade porteur de varices plus ou moins anciennes, qui a été atteint une fois de phlébite variqueuse, présentera une disposition extrême aux récidives et une susceptibilité tout à fait spéciale à l'inflammation sous l'influence des maladies infectieuses.

On trouve, dans la thèse de Maydieu et dans l'article de Broca, des cas où une maladie banale, un simple embarras gastrique, a suffi à déterminer une poussée nouvelle de phlébite chez un malade atteint de varices et ayant déjà présenté des complications inflammatoires. Les récidives sont d'ailleurs plus fréquentes encore, lorsque la présence d'abcès du membre, d'ulcères variqueux surtout, vient faciliter l'introduction des germes extérieurs et leur implantation sur des veines peu aptes à la résistance.

Et chaque nouvelle poussée inflammatoire constitue une maladie nouvelle avec tous ses ennuis et les dangers de ses complications.

DIAGNOSTIC

Il est, en général, assez facile de faire le *diagnostic positif* de la phlébite variqueuse. La prédominance des symptômes généraux dans les formes suppurées, chez un variqueux avéré, ou, au contraire, la présence de signes locaux manifestes chez un individu, qui a depuis longtemps des varices, mettent en éveil l'esprit du clinicien, et le diagnostic sera posé facilement.

Il pourra cependant, suivant les cas, être entouré de difficultés. Lorsqu'il y a un ulcère concomitant sur un cordon dur et noueux de phlébite tronculaire, ce qui est fréquent, le diagnostic pourra rester hésitant entre une phlébite et une lymphangite trajective. Toutefois, la lymphangite s'accompagne d'un état fébrile plus intense, elle débute souvent par un frisson, ce qui est rare pour la phlébite. Les ganglions inguinaux sont volumineux et douloureux, la couleur est plus vive, d'une nuance plus rose ; le cordon que la palpation permet de sentir est moins moniliforme et ses limites latérales beaucoup moins accentuées ; la transition du tissu induré au tissu sain se fait d'une manière moins tranchée que dans la phlébite. Mais il est des cas assez fréquents où, autour d'un ulcère, se fait parfois de la phlébite et de la lymphangite; il sera alors difficile de délimiter exactement la part qui revient à chacune de ces complications.

Le diagnostic de la phlébite des paquets variqueux est ordinairement facile : le siège de la tumeur, sur la face interne de la jambe, plus rarement à la face postérieure, les caractères cliniques, de masse dure, irrégulière, d'abord enflammée et douloureuse, plus tard adhérente à la peau pigmentée, mais indolore, l'existence dans le voisinage de varices confirmées, permettent le plus souvent d'éviter l'erreur.

Mais il n'en est pas de même dans les *phlébites ampullaires,* surtout lorsqu'elles se présentent comme des tumeurs isolées. Pour parer à toutes ces erreurs possibles, il faudra tenir compte du siège de la dilatation ampullaire et de sa consistance.

Il importe de différencier cette dilatation ampullaire unique, obstruée par des caillots et devenue irréductible, d'avec une *hernie crurale étranglée*, quand cette dilatation siège dans le triangle de Scarpa, une telle erreur aurait de grosses conséquences ; enfin, on évitera de la confondre avec une *adénite crurale*, un *sac herniaire déshabité*, une *tumeur*, lipome ou fibrome.

Si l'on craint une hernie étranglée, on n'accordera aux commémoratifs qu'une confiance limitée. « Nombre de sujets, dit Guibal, croient avoir une hernie crurale, ils portent même un bandage depuis un temps variable, alors qu'ils ont en réalité une dilatation ampullaire de la saphène. » La tumeur, jusque là réductible, devient dure et irréductible, on croit à une hernie étranglée, surtout quand apparaissent la douleur locale et quelques troubles gastro-intestinaux. Cette erreur a été commise assez souvent et par des chirurgiens éminents. Guibal cite à ce sujet plusieurs observations, dont une que nous reproduisons au hasard, et empruntée à Fromageot dans sa thèse de Paris, 1900, service de M. Terrier. Il s'agit d'une

femme de 38 ans, chez qui Verneuil diagnostique une hernie crurale et à qui il prescrit un bandage qu'elle supprima un peu plus tard parce qu'il était douloureux. Il y a un an, la tumeur de l'aine grossit et devient douloureuse ; elle entre à l'hôpital, on croit avoir affaire à une hernie crurale, c'est au cours de l'opération que M. Gosset reconnaît une dilatation ampullaire de la saphène remplie de caillots.

Il est donc utile d'être prévenu de la possibilité de cette cause d'erreur pour tenter de l'éviter.

Les éléments de diagnostic offerts par la clinique sont suffisants : la hernie siège haut, immédiatement sous l'arcade qu'elle tend à cacher, à enjamber pour envahir la région inguinale ; profondément, on sent un pédicule se dirigeant dans le ventre et où la douleur est la plus exquise ; le pédicule se prolonge souvent dans l'abdomen par une corde épiploïque dure, tendue verticalement. La hernie étranglée ne s'accompagne d'aucune modification de la consistance, ni du volume des veines du membre inférieur et n'y provoque aucun trouble circulatoire. Surtout, les troubles digestifs sont très accentués, vomissements, arrêts de matières et de gaz plus prononcés que dans la phlébite ampullaire. Si on hésite, on se comportera comme si l'étranglement était démontré, car il est préférable de croire à tort à une hernie que de la méconnaître ; on s'abstiendra du taxis dont les méfaits sont si nombreux et la pratique si dangereuse, et on opérera sans hésiter.

La coexistence, d'ailleurs exceptionnelle, d'une phlébite ampullaire et d'un étranglement interne peut jeter le clinicien dans l'embarras ; il n'en pourra sortir que par un examen détaillé du malade. Une fois le diagnostic de la phlébite posé avec sûreté, il apparaîtra que les accidents d'étranglement n'en peuvent dépendre.

L'*adénite* ne sera un sujet d'hésitation que si elle siège à la partie interne du triangle de Scarpa, si elle forme une tumeur arrondie, relativement mobile sous la peau et sur l'aponévrose. Les éléments de différenciation seront tirés du défaut de relation de la tumeur avec les veines, de l'existence d'autres ganglions au voisinage, de l'existence de traînées lymphatiques et d'une voie d'entrée de l'infection dans le territoire lymphatique du ganglion, membre inférieur, organes génitaux, anus.

Un abcès chaud à la région inguinale succède en général à une adénite. Le diagnostic se base sur les signes de bubons. Cependant, on peut méconnaître une phlébite suppurée de la saphène dilatée, comme en fait foi l'observation due à Fowler *in Brooklyn, Medic. Jour.*, 1896, p. 230, où il s'agit de la thrombose d'une varice de la saphène interne simulant une hernie crurale irréductible, l'inflammation enlevant aux signes distinctifs précités toute leur netteté.

Enfin, il faudra savoir éviter de confondre ces formes ampullaires avec les tumeurs de la face interne de la cuisse. Dans l'observation que nous devons à l'obligeance de M. le professeur Riche, le diagnostic était embarrassant, si bien qu'en présence des caractères cliniques et de l'évolution de la tumeur et en l'absence de troubles fonctionnels, M. Riche porta le diagnostic de tumeur mixte de la cuisse ; il s'agissait, comme le montra l'intervention, d'une énorme phébite ampullaire isolée. C'est pour cela que le clinicien doit être sérieusement avisé et doit penser, en l'occurrence, à une dilatation possible de la saphène interne.

PRONOSTIC

D'une façon générale, le pronostic est en rapport avec les formes anatomiques de la phlegmasie variqueuse.

La phlébite variqueuse peut évoluer d'une façon bénigne, se terminer par résolution et ne pas comporter un pronostic grave. Dans ce cas, il ne reste plus dans la veine qu'un caillot adhérent aux parois qui fait obstacle à la circulation et disparaît le plus souvent, mais qui, d'autres fois, persiste et transforme la veine en un cordon fibreux ; c'est l'évolution générale de la phlébite oblitérante.

Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi, et nous avons vu que de nombreuses complications peuvent assombrir le pronostic de la phlébite variqueuse, pronostic qui doit être toujours réservé, même lorsque cette dernière évolue avec des allures bénignes.

La moindre imprudence, en effet, suffit pour produire l'embolie, cette complication si grave qui nous trouve presque complètement désarmés. Une simple écorchure, une asepsie insuffisamment rigoureuse suffisent pour que la suppuration se déclare et avec elle le cortège des accidents qu'elle entraîne et que nous avons étudiés.

Enfin, si même ils sont indemnes de ces complications, les phlébitiques variqueux sont exposés à des récidives

incessantes apportant chaque fois avec elles des dangers nouveaux.

Le pronostic, souvent bénin, quelquefois grave et même mortel, doit donc être toujours réservé, les accidents les plus sérieux venant souvent éclater alors que le malade et le chirurgien sont confiants dans une terminaison heureuse.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

La phlébite variqueuse est justiciable d'un *traitement médical* et d'un *traitement chirurgical*.

Le *traitement médical* a été seul employé pendant fort longtemps. Immobilisation et compression douce du membre pendant la période inflammatoire, avec ou sans applications humides, massage prudent et prolongé dès la disparition des poussées thermiques, tels en sont les éléments essentiels.

Mais le traitement médical, s'il est d'une application facile, n'est pas sans inconvénients et même sans périls : dans la phlébite variqueuse, la résolution est plus lente à se faire que dans la *phlegmatia alba dolens ;* après la guérison apparente de la poussée primitive, le malade restera exposé à des poussées nouvelles, avec leurs complications toujours possibles. Enfin, le traitement médical ne saurait s'appliquer qu'aux seules formes adhésives ; dans les formes suppurées, un traitement plus actif sera nécessaire, non seulement pour supprimer les foyers locaux, mais aussi pour barrer la route à l'infection générale.

I. — Traitement chirurgical de la phlébite variqueuse Indications et contre-indications.

L'extirpation d'une partie de la saphène, *la phlébectomie*, fut tentée pour la première fois par Quénu, en 1891, et Schwartz, en 1892, et les résultats qu'ils obtinrent furent excellents. En 1896, Schwartz, dans une leçon clinique, fit valoir les heureux résultats qu'il obtint de la phlébectomie dans un cas où il avait dû réséquer trente centimètres de la saphène interne remplie de caillots. Après eux, Longuet et Balthazard surtout firent paraître, vers la fin de 1898, un travail d'ensemble sur cette question ; et depuis on a enregistré les cas de Péraire (1902), de Wagon et Bouchet, de P. Riche, de Le Dentu, tous relatifs à des phlébectomies pour phlébites variqueses thrombosantes.

Tous les praticiens d'aujourd'hui, devant les résultats merveilleux obtenus par leurs prédécesseurs, ont renié avec ensemble cette expectative dangereuse à laquelle ils étaient réduits dans le traitement médical, et pour justifier de pareils suffrages, nous sommes en droit de nous demander pourquoi on a recours à la phlébectomie et à quelles indications elle répond.

La phlébectomie dans la phlébite variqueuse, comme l'ont dit et démontré Longuet et Balthazard, *est prévoyante et préventive des troubles inflammatoires et trophiques*.

Déjà Maydieu avait écrit, dans sa thèse, en 1881 : « Les » symptômes de la phlébite variqueuse sont les mêmes

» que ceux de la phlébite ordinaire ; de même aussi son » pronostic et ses complications. »

Longuet et Balthazard disent à leur tour : « C'est bien à » tort que l'opinion courante considère la phlébite vari- » queuse comme parfaitement anodine. »

Nous savons aujourd'hui que les phlébites sont de nature infectieuse. Il n'est pas toujours nécessaire que le malade eut un accident, une infection, un abcès visible ou palpable en quelque point de son organisme, pour voir se développer une phlébite ; le fait a été prouvé chez les surmenés, chez les individus dont les fonctions intestinales se font mal, les constipés, les dilatés.

Si la phlébite variqueuse se prolonge, elle est sujette à des poussées aiguës incessantes. « Il y a des phlébites à répétition comme il y a des appendicites à répétition », ont dit Longuet et Balthazard. Sagot, dans sa thèse, 1902, ajoute également : « La phlébite variqueuse en particu- » lier devient parfois un accident périodique. »

Les remarques de ces auteurs sont justes et importantes ; il suffit de peu de chose pour voir survenir une poussée aiguë, un abcès dentaire dans un cas de Quénu, une grande fatigue dans un cas de Schwartz.

Ailleurs, ce sont les ulcères qui s'établissent, ulcères dont on connaît la ténacité et qui sont toujours une porte ouverte à une complication infectieuse.

Que dirons-nous des pieds bots et surtout des embolies et septico-pyohémies, dont nous avons antérieurement parlé ?

Pour conclure, laissons la parole à Longuet et Balthazard :

« Ce tableau nous paraît de nature à émouvoir les expec- » tants. Quelques-uns objecteront peut-être qu'il suffit

» d'observer et qu'il est temps d'en venir à un traitement » chirurgical lorsque les accidents se déclarent.

» Mais suffit-il en conscience d'admettre le traitement » sanglant seulement à l'heure des complications ? Non, » il y a mieux à faire : c'est de *prévoir* ces complications, » d'autant qu'elles sont nombreuses et graves. Or, quel » est le meilleur traitement préventif : ligature ou résec- » tion ? C'est la résection ; elle est, en effet, d'une portée » bien plus générale que la ligature, elle remédie non pas » seulement à l'une des complications de l'embolie, mais » elle prévient les accidents que nous avons énumérés. » Pour couper la route aux embolies, elle est même supé- » rieure à la ligature, puisqu'elle nécessite la fermeture » non seulement des troncs principaux efférents, mais de » la totalité du circuit périphérique afférent ou efférent ; » elle supprime les phlébites propagées, prolongées, » répétées, etc. Bref, la phlébectomie est le traitement » préventif de choix pour toutes les complications de ces » thrombo-phlébites variqueuses. Elle nous paraît incom- » parablement supérieure à la ligature comme traitement » de prévoyance. »

Le Dentu, dans une leçon magistrale à l'hôpital Necker, après avoir raconté à ses élèves la mort de son dernier malade emporté par une embolie foudroyante au cours d'une phlébite, disait : « A mon avis, il faudrait » opérer aussitôt que le moindre signe de phlébite a » éclaté. »

C'est à l'appui d'une telle autorité que nous nous permettons de poser les indications opératoires.

Une seconde indication à laquelle doit répondre la phlébectomie, c'est d'obtenir une guérison rapide et définitive. En effet, faite à froid, indépendamment d'une indication tirée de quelque complication, et appliquée unique-

ment à la maladie elle-même, la phlébectomie est encore ici le traitement de choix.

« Le traitement médical est purement palliatif et mal-
» gré l'immobilisation et les linîments, les malades ne
» sont pas à l'abri des dangers ; de plus, la maladie est
» longue », dit Robineau dans sa thèse, 1898.

Sagot, dans sa thèse toute récente, préconise le traitement par mobilisation précoce. Nous n'avons pas besoin de faire ressortir les dangers d'une telle pratique, et quoique, dans ce travail, ne soit rapporté aucun accident, nous voulons croire qu'on ne mettra pas en parallèle ce procédé et l'extirpation. Mais, sans chercher plus loin, nous pouvons nous rendre compte, par la lecture de quelques observations consignées dans ce travail, de la durée de la phlébite traitée médicalement. Nous y lisons :

Obs. XXV. — Phlébite consécutive à un trauma traitée par mobilisation. Début le 14 juillet : il reste encore de l'œdème le soir du 12 septembre.

Obs. XXVI. — Phlébite consécutive à un trauma avec plaie suppurante Mobilisation précoce. Durée inconnue. Conserve après la guérison de l'œdème classique des malléoles.

Cette dernière phrase nous paraît être la condamnation de la méthode expectante.

Jamais après la phlébectomie, on ne constate des troubles consécutifs d'aussi longue durée.

Tous les opérés, ceux de Quénu, Schwartz, Longuet, Morestin, Le Dentu, étaient, quatre à six semaines après l'intervention, en état de reprendre leurs travaux ; l'opéré de M. Riche marchait au quinzième jour. Point de raideur ni d'atrophie musculaire, pas de pied creux, tombant, dévié ou en griffe, nécessitant un traitement de douches, bains et massages de quelques semaines.

La qualité des guérisons post-opératoires n'est pas moins remarquable ; pas le moindre reliquat de douleurs pendant la marche ou la station, pas la moindre induration locale qui tarde à se dissoudre.

« Si donc on peut contester à la phlébectomie le titre de cure radicale lorsqu'elle s'applique aux paquets variqueux non enflammés, pour la phlébite variqueuse, il n'en est pas de même ; c'est bien une cure radicale et définitive dans tout ce qu'elle offre de précieux. » (Longuet et Balthazard.)

Il est des cas cependant où l'intervention chirurgicale ne se pose pas, ou en présence desquels le chirurgien peut et doit hésiter, et ce sont ces contre indications que nous allons rapidement passer en revue.

Ces contre-indications peuvent être dues à la *grossesse*.

Mais la grossesse est loin d'être une contre-indication absolue. Dans deux cas, Quénu intervint chez des femmes enceintes, le résultat fut excellent et la grossesse continua. Cependant, il faut reconnaître que si certaines femmes supportent des traumatismes violents sans avorter, d'autres, au contraire, ont une susceptibilité particulière et expulsent le produit de conception à propos du moindre accident.

Il sera bon, avant d'en venir à l'acte opératoire, de s'enquérir des antécédents concernant les grossesses antérieures. S'il y a eu des fausses couches auparavant, mieux vaut attendre. Toutefois, au moindre signe d'aggravation ou de complication, l'hésitation n'est plus de mise, la veine doit être extirpée. Car, malgré tout le respect que commande la vie d'un fœtus, elle ne saurait être mise en parallèle avec celle de la mère.

Faut-il opérer à toute époque de la grossesse ?

Nous pensons que l'intervention est surtout indiquée

au début. La phlébite variqueuse est, en somme, rare chez la femme gravide, en comparaison du nombre considérable de variqueuses, et les accidents sont plus exceptionnels encore.

Au contraire, à la fin de la grossesse, mieux vaut différer ; nous ferions plus volontiers de l'expectation armée.

A côté de la grossesse, il faut placer certaines maladies de la nutrition en général, l'albuminurie et le diabète.

Les albuminuries légères avec bon état général, les artério-scléroses avec nuage d'albumine sont compatibles avec une intervention ; et elle est bien supportée. Le chirurgien pourrait faire précéder l'acte opératoire d'un régime spécial pendant quelques jours s'il n'était déjà institué. Les résultats seront bons dans ces cas ; l'opérateur n'a pas à se repentir.

Il en est tout autrement chez les malades en imminence d'urémie, chez les cachectiques ou ceux qui ont une albuminurie grave. Ceux-là doivent être respectés, car les résultats opératoires seraient mauvais, sinon désastreux.

Nous en dirons autant des diabétiques. Les uns, les gras, plus glycosuriques que diabétiques, pourront, devront même être opérés, leur état général étant bon. Laissons, par contre, les diabétiques maigrissants, se cachectisant, qui présentent avec leur sucre de l'albumine, ceux enfin qui sont à la merci du moindre accident, car les résultats seraient mauvais, et peut-être meurtriers.

II. — Technique opératoire

La technique de la phlébectomie comprend les soins préliminaires et le manuel opératoire.

Les *soins préliminaires* sont relatifs à l'anesthésie du

malade et à sa préparation. S'il s'agit d'une anesthésie à l'éther ou au chloroforme, le malade sera purgé la veille ; le membre atteint sera, dans toute son étendue, soigneusement savonné et rasé, puis recouvert de compresses au sublimé ; le jour de l'opération, le malade sera mis à la diète.

Aujourd'hui, et en particulier dans le service de M. Forgue, auquel nous avons longtemps appartenu comme stagiaire, l'anesthésie générale est à peu près abandonnée dans les cas de ce genre et cède le pas à l'anesthésie locale ou, plus souvent, à l'anesthésie lombaire, la rachianesthésie à la novocaïne. Le malade de M. Riche fut opéré de cette façon ; après ponction lombaire, 7 centigr. de novocaïne pure furent injectés dans le canal rachidien, et l'opération se poursuivit sans le moindre incident anesthésique.

La *technique opératoire* doit comprendre deux actes successifs :

La ligature veineuse entre la phlébite et le cœur.
L'extirpation de la tumeur.

Le manuel opératoire indiqué par Robineau dans ses grandes lignes se résume en ceci :

« 1° Ligaturer la ou les veines afférentes mises à nu à quelque distance de la thrombose ;

» 2° Sectionner la veine, protéger la ligature soit par la section cutanée, soit par un pansement, inciser les téguments le long de la phlébite ; réséquer la peau si elle est trop adhérente ou enflammée et disséquer au fur et à mesure les varices thrombosées en enlevant les tissus environnants adhérents. Pincer les collatérales saines. En prolongeant l'incision cutanée et la dissection des varices, on atteint la limite de la phlébite ;

» 3° Ligaturer les vaisseaux, suturer la peau ; pas de drainage si la phlébite est adhésive. En cas de suppuration, drainer ou même ne pas réunir complètement. »

Longuet suivit cette technique avec quelques modifications ; ligature de la ou des veines afférentes pour couper la route aux embolies, dissection de la veine comme une tumeur, extirpation de haut en bas, ablation de toute la pièce sans l'ouvrir, après ligature du bout inférieur. Chemin faisant, et au fur et à mesure, quelques ligatures au catgut sont jetées sur les affluents périphériques. Ce chirurgien discute en outre l'opportunité d'une large excision cutanée au premier temps. Elle ne lui paraît point utile.

Voici, d'ailleurs, quelques points de détail qui ont leur importance : l'extirpation doit être large. Il faut lier la veine en région saine, assez loin de la thrombose. C'est pour ne pas avoir extirpé assez largement que Schwartz a vu se produire une petite récidive locale.

Il faut, dans tous les cas, commencer par la partie proximale ; nous soulignons ce point, car c'est un moyen certain de couper la route aux embolies.

Schwartz va plus loin : il lie la saphène interne près de son embouchure et en résèque une partie. C'est, pour ainsi dire, son premier temps opératoire. M. Le Dentu fait de même. Cette méthode est très rationnelle puisqu'elle coupe la route aux embolies ; toutefois, elle offre l'inconvénient de réclamer une petite incision spéciale.

Bien des opérations, dont quelques-unes consignées à la fin de ce travail, n'ont pas eu ce temps préliminaire, qui, cependant, se sont bien terminées.

Aussi, à moins que la phlébite ne soit parfaitement localisée, que l'on ait la conviction ferme qu'aucun caillot par propagation ne se prolonge dans la veine, nous

croyons qu'il est prudent d'aller lier la saphène très haut. Ce temps opératoire mérite de devenir une règle en cas de phlébite suppurée. M. le Dentu est même d'avis qu'il ne faut pas hésiter à lier l'iliaque externe si on soupçonne que la fémorale est thrombosée.

La phlébite siège-t-elle sur la saphène externe, il peut être indiqué de porter une ligature sur la poplitée ainsi que l'a fait Péraire, ou sur la veine fémorale à l'anneau, comme le conseille Longuet dans certains cas spécialement graves par leurs manifestations emboliques.

Enfin, rappelons que Schwartz a recommandé une large incision cutanée losangique afin, dit-il, de « constituer un vrai bas élastique naturel ». Longuet, dans son premier cas, n'a pas eu un bon résultat de cette pratique : la tension cutanée a fait lâcher les fils, et la réunion dans ces points fut compromise. En procédant ainsi, la tension de la peau n'est plus, ne peut plus être aussi régulière. Ici, comme pour les greffes par glissement, il faut tenir compte de la rétraction secondaire des téguments. Les fils coupent s'il y a la moindre tension. Ajoutons, comme l'a fait remarquer Longuet, que la peau des variqueux, par les troubles trophiques dont elle est le siège fréquent, se prête mal à une réunion par première intention.

Pour ce qui concerne l'extirpation veineuse en elle-même, Longuet recommande de ne pas se servir des pinces à griffes. C'est qu'en effet, elles peuvent perforer la veine malade et inoculer les microorganismes dans les tissus voisins ; or, c'est là une faute qu'il faut éviter puisqu'on recherche une bonne réunion.

Comme ligature veineuse, le catgut est très satisfaisant, à la condition qu'il soit rigoureusement aseptique ; les veines collatérales et terminales sont ou bien liées avec le catgut ou bien encore oblitérées par angiotripsie ou

torsion, comme l'a fait Longuet pour les veines du cordon, dans un cas de varicocèle.

La peau peut être réunie *per primam*. Les crins de Florence ont l'inconvénient de couper, le fil de couturière blanc et fin stérilisé donne de très bons résultats.

Lorsque la phlébite est suppurée, le premier temps doit consister à réséquer très haut un fragment de saphène entre deux ligatures. Si on craignait de ne pas monter assez haut, il serait indiqué soit de lier la poplitée si la saphène externe est seule prise, soit la fémorale ou même l'iliaque externe si la saphène est malade dans son segment supérieur.

On drainera comme de coutume, ou bien encore on réunira incomplètement. Puis on pratiquera l'immobilisation du membre sans appareil plâtré jusqu'à l'ablation des fils. En présence d'une phlébite segmentaire largement suppurée, on résèquera, comme précédemment, un segment de veine en endroit sain pour éviter les embolies.

Mais ici, la phlébectomie typique est rarement applicable. Bien souvent, il faut se borner à ouvrir les abcès les uns après les autres; le thermo cautère, dans ces cas, rend de signalés service, car il désinfecte l'abcès et oblitère les collatérales. Les pansement humides antiseptiques et l'immobilisation complètent le traitement.

III. — Résultats

Il convient de les examiner dans les *formes thrombosantes* et dans les *formes suppurées*.

Dans le premier cas, que donne le traitement? Des différents cas empruntés à la lecture de Quénu, Schwartz,

Longuet, Campenon, Le Dentu, Morestin, Auvray, pour ne citer que les principaux, il résulte que la phlébectomie n'a produit aucun accident. Au contraire, les résultats ont été parfaits. La guérison a été radicale, rapide, complète. Aucun reliquat inflammatoire ni douloureux. Six semaines au plus tard après l'opération, presque tous les malades étaient aptes à reprendre leurs occupations, il n'existait aucun œdème malléolaire. Rappelons qu'un malade était venu réclamer pour son autre jambe la même intervention qui l'avait une première fois guéri (cas de Quénu).

Quénu a eu l'occasion de revoir un de ses opérés, neuf ans plus tard. Le résultat était resté fort bon ; aucune trace de varice, aucune impotence fonctionnelle.

Dans les formes suppurées, il ne faut pas compter sur une guérison aussi rapide. Les cas d'Auvray et de Morestin où ces opérateurs purent extirper les poches purulentes sont des exceptions ; d'ailleurs, il ne s'agissait peut-être que de formes thrombosantes ; Auvray le fait presque remarquer pour son cas.

Dans l'observation de Campenon, la durée fut de trois mois et encore fut-on obligé de faire une ténotomie pour pied bot phlébitique consécutif.

Il s'en faut que nous constations les mêmes bons résultats que pour les formes thrombosantes. Ces cas sont toujours mauvais et prouvent, à notre sens, qu'il ne faut jamais attendre la suppuration.

Néanmoins, même dans les formes suppurées, le traitement chirurgical sera préférable à l'expectation : si la guérison est plus lente à se faire, nous aurons du moins barré la route aux complications générales, le plus souvent mortelles en pareil cas.

Observation II

Campenon (résumée)

Phlébite variqueuse suppurée de la jambe. Suppuration diffuse du réseau variqueux superficiel et profond. Incision de 23 abcès.

Blanchisseuse de 43 ans, entre à l'hôpital Broussais, dans le service de Campenon. Dix grossesses normales lui ont laissé des varices et, depuis sa dernière grossesse, elle n'a guère souffert.

Depuis deux mois, elle souffre de ses varices, surtout d'un paquet variqueux sur la face interne du genou droit, douloureux jour et nuit.

Le 15 juillet, elle est prise d'un violent point de côté droit, tousse, vomit, mais ne crache rien de caractéristique.

A son entrée, la malade a 39°, très agitée et souffre de sa jambe qui est pigmentée, œdématiée, sale et douloureuse. On découvre quatre abcès gros comme un œuf de dinde : deux sur la saphène interne, un sur la face antéro-interne de la jambe, un sur la saphène externe au milieu du mollet.

C'est le paquet variqueux du genou qui a été le premier malade, et les accidents pulmonaires ont coïncidé avec le début de la phlébite.

Quelques abcès gros comme des noisettes sont disséminés du côté du ligament rotulien. La peau est amincie, pâle ou violacée, en quelques points elle est rouge. La limite de l'abcès est très nette, le pus s'est formé très rapidement ; le cordon phlébitique n'est perceptible qu'au dessus du premier abcès seulement.

Le 17, on ouvre les abcès ; il s'échappe du pus fétide et des caillots noirs.

Le lendemain, nouvelle incision d'un abcès de la face postérieure du mollet.

Le 29, on découvre un abcès du mollet, abcès en bouton de chemise, faisant communiquer avec un abcès phlébitique profond.

Les jours suivants, nouveaux abcès.

On en ouvre un sur la face antérieure de la jambe qui met le tibia à nu.

Le 20 septembre, incision d'une petite poche pleine de sang, douloureuse.

L'incision des abcès s'est faite sans hémorragie : les nécessités des pansements ayant empêché un appareil de contention et le processus phlébitique profond intervenant, il s'est formé un pied bot équin qui a nécessité une ténotomie faite le 30 décembre.

Le 20 octobre, la malade était guérie de sa phlébite.

Observation III

Phlébite variqueuse de la saphène interne (Schwartz).

Il s'agit d'un palefrenier de 56 ans, opéré le 26 décembre 1898, pour deux tumeurs variqueuses phlébitiques, l'une de 0,15 sur 0,10 cm., à la partie moyenne de la cuisse, l'autre, plus petite, à la partie interne de la jambe. Toutes les deux étaient sur le trajet de la saphène interne.

Après ligature au catgut et résection de la saphène à son embouchure dans la fémorale, les deux tumeurs variqueuses enflammées sont extirpées en même temps qu'un grand lambeau de peau adhérente ; l'incision éten-

due du bas de la jambe au haut de la cuisse permet d'enlever la presque totalité de la saphène. Suture au crin de Florence. Le malade est complètement guéri à la date de la présentation.

Observation IV

Phlébite variqueuse de la saphène interne (Schwartz).

Un malade est opéré, le 5 mars, pour phlébite variqueuse de la saphène interne à la cuisse. Elle constituait une grosse tumeur gênante et même douloureuse. On réséque en même temps un long lambeau cutané de la jambe comprenant des veines variqueuses.

L'opéré est sorti guéri le 25 mars.

Observation V

Phlébite variqueuse circonscrite (Broca).

M. H..., âgé de 46 ans, d'une excellente santé habituelle, présente tous les attributs de l'arthritisme. Calvitie datant de la jeunesse, douleurs articulaires à certains changements de temps. Oignons aux pieds.

Hémorroïdes depuis de longues années, donnant lieu, de loin en loin, à un écoulement sanguin.

Varices serpentines aux deux jambes; pas de paquets variqueux, œdème des mollets après les fatigues.

Il y a quelques jours, une douleur modérée apparut au niveau de la face interne de la cuisse gauche, à quatre travers de doigt au dessus du genou ; douleur à la marche et spontanée. Le malade s'aperçut alors qu'il portait à ce

niveau une véritable tumeur. Cette tumeur était étalée, large comme la paume de la main, allongée verticalement, assez facile à circonscrire; peau rouge, pression du doigt douloureuse et révélant de l'œdème. La saphène, au-dessus de cet empâtement, ne forme pas de cordon induré. Etat général bon. La douleur disparut peu à peu, la rougeur s'effaça et le gonflement diminua. Mais il resta un petit noyau dur, gros comme une grosse cerise, manifestement situé sur la saphène, car il est mobile transversalement et on le sent alors entraîner dans ses déplacements la veine qui lui est accolée.

Observation VI

Quénu (résumée)

Phlébite variqueuse de la saphène interne.

L... Ernest, 43 ans, entré à l'hôpital Cochin, service Quénu, 4 février 1892, variqueux depuis l'âge de 14 ans, vient se faire soigner pour phlébite siégeant au niveau de la saphène interne gauche, étendue de la partie moyenne de la jambe jusqu'au tiers inférieur de la cuisse.

Les bourrelets variqueux indurés sont enlevés le 20 février par M. Quénu; l'incision s'étend du tiers moyen de la cuisse à la partie moyenne de la jambe. La veine est liée aux deux extrémités, puis réséquée.

Le malade guérit rapidement, mais refuse de se laisser opérer sa jambe droite où les varices ne sont pas enflammées. Il quite l'hôpital, fin mars.

Rentre le 26 avril 1894 pour phlébite variqueuse droite. Il est opéré le 7 mai. On enlève, après ligature de la saphène interne, une tumeur siégeant au tiers inférieur de

la cuisse et une autre à la partie supérieure et interne de la jambe.

On a constaté à ce moment l'excellent état de la jambe gauche : la cicatrice est souple; il n'y a plus de varice que sur le trajet de la saphène externe, au mollet.

A la suite de la dernière intervention, le malade sortit guéri le 14 juin. Ce malade n'a pas été revu.

Observation VII

Schwartz (résumée)
Phlébite variqueuse de la saphène interne.

C..., domestique, 28 ans, entre à l'hôpital Cochin, 18 janvier 1892, pour poussée de phlébite variqueuse. Les veines des deux jambes se sont enflammées plusieurs fois et ont nécessité plusieurs séjours à l'hôpital.

Le 10 janvier 1892, à la suite d'une grande fatigue, poussée de phlébite et de périphlébite sur le trajet de la saphène interne gauche au-dessus du genou. A ce niveau, il existe une tumeur variqueuse enflammée de la valeur d'une grosse noix.

Opération le 3 février. Incision au niveau de l'abouchement de la saphène dans la fémorale. Résection de la saphène entre deux ligatures sur 3 centimètres environ. Ablation du paquet variqueux au-dessus du genou. Drainage, suture au crin.

5 février, ictère, plaie en bon état.

9 février, on enlève le drain et les crins : la plaie est cicatrisée, sauf à l'orifice du drainage. Ictère a disparu.

15 février, plaie complètement guérie. Bas à varices.

15 mars, exeat.

La malade a été revue en 1896 très bien portante : elle n'a pas eu de nouvelles poussées de phlébite.

Observation VIII

Longuet et Balthazard

Phlébite variqueuse de la saphène externe.

Ch... Mathieu, 51 ans, hôpital Cochin, service Quénu 1898, porteur, depuis 30 ans, de varices devenues volumineuses à la jambe droite.

Quinze jours avant son entrée, a reçu un coup de pied sur face interne du tibia droit qui a déterminé un léger hématome.

Quelques jours après, s'est accentuée le long de la saphène externe une tumeur douloureuse empêchant le malade de marcher, fièvre, insomnie.

Examen clinique. — Tuméfaction en placard inflammatoire à la jambe droite ; peau amincie, tendue, rouge, violacée. Dans le creux poplité, une masse arrondie en forme de noix : à la face postéro-externe de la jambe, une masse empâtée réunie au creux poplité par un cordon induré difficile à percevoir par la palpation.

La tuméfaction, 0,45 de long sur 0,05 de large, au maximum, suit le trajet de la saphène externe, du creux poplité à la malléole externe. Rénitente, de consistance variable, molle par places, fluctuante par endroits, indurée en d'autres, adhère à la peau, n'est pas mobile sur les plans profonds, quelque peu douloureuse ; pas de fièvre. A noter quelques varices non thrombosées de la saphène interne des deux côtés et la peau sèche et fendillée sur les jambes.

Diagnostic. — Thrombo-phlébite variqueuse de la saphène externe après traumatisme.

Opération. — Incision cutanée losangique de 0,47 de long du creux poplité à la malléole externe. Ligature de la saphène externe à son embouchure et extirpation de la veine thrombosée de haut en bas. Ligature des veines collatérales, suture de la peau qui est très tendue à la partie moyenne de la jambe. Pansement. La réunion s'effectue, mais mal dans la partie tendue. Cicatrisation complète après trois semaines. Un mois après, le malade quitte l'hôpital, complètement guéri.

Observation IX

(Morestin)

Phlébite variqueuse de la saphène externe.

Une femme de 56 ans est prise au milieu de février de vives douleurs dans la jambe gauche. Elle entre à l'hôpital Saint-Louis dans les premiers jours de mars 1898.

Léger œdème du pied et de la région malléolaire. Un cordon dur, noueux, irrégulier, monte depuis le bas de la jambe jusqu'au creux poplité où il s'enfonce. Ce cordon répond à la saphène externe.

Les téguments, à ce niveau, ont une teinte rosée subinflammatoire. A la palpation, la veine paraît injectée au suif

Opération le 8 mars. La veine mise à nu se sépare très facilement de la peau dans les muscles jumeaux : elle est disséquée dans le creux poplité. La thrombose s'étend jusqu'à la terminaison. On en réséque plus de 20 centi-

mètres entre deux ligatures, la supérieure étant posée au point ou la saphène externe se jette dans la poplitée.

La peau est suturée aux crins. La malade se levait dix jours après.

Observation X

(Résumée)

Thrombo-phlébite variqueuse de la saphène interne
Phlébectomie. — Guérison.

Femme de 52 ans qui a une tumeur douloureuse de la jambe droite depuis plusieurs semaines.

Elle avait depuis longtemps des varices.

Il y a 6 ans, petit ulcère variqueux qui guérit rapidement par le repos.

Aucun état infectieux n'est cause de cette phlébite.

Pas de tare, ni héréditaire ni personnelle ; cependant, alcoolisme léger et tremblement.

Examen. — Tumeur sur le trajet de la saphène interne, tiers moyen. Forme elliptique aux extrémités en pointe, remplie au milieu, s'étalant superficiellement en une série de bosselures.

Peau enflammée, modifiée, rose par endroits, bleuâtre, jaunâtre. Consistance mollasse, dépressible, obscurément fluctuante. Impression d'une veine injectée de suif. Particularité : il existe du côté malade deux bosselures vers le tiers supérieur de la saphène, le reste des saphènes interne et externe des deux côtés est satisfaisant.

Le diagnostic ne fait aucun doute, c'est une tumeur variqueuse enflammée. Irréductibilité, consistance de suif, absence de signe de Trendelenburg indiquent une phlébite thrombosante.

Le pronostic paraît bénin, cependant cette tumeur semble ne devoir pas disparaître, elle menace de se terminer par une phlébite chronique à répétition et peut réveiller l'ancien ulcère. Aussi la conduite de choix semble-t-elle la phlébectomie.

Opération pratiquée avec extirpation de haut en bas, incision cutanée suffisante pour obtenir l'homologue d'un bas non élastique. On se met ainsi dans les conditions voulues pour éviter un sphacèle des téguments trop tendus et on assure la réunion par première intention.

Sept jours après, la malade était guérie. On voyait une cicatrice de 0^{m}30 cent. de fort bon aspect.

La pièce, présentée par M. Longuet et Péraire, était constituée par un pelotonnement de grosses veines contenant des caillots noirâtres à parois entièrement épaisses.

Observation XI

Prise dans le service de M. le professeur Forgue.
Phlébite du membre inférieur gauche.

Volpelier Louis, employé à la Compagnie des chemins de fer, entre le 4 mars 1912, salle Delpech, Hôpital Suburbain (service de M. le professeur Forgue).

Début, il y a une quinzaine d'années, par des varices de la jambe gauche. Au début, les dilatations veineuses n'étaient pas très considérables ; mais quelquefois légère pesanteur du membre et un peu de gonflement de la région inférieure de la jambe.

Il y a 3 ans, le malade aurait eu un ulcère de petite dimension sur la face antéro-interne de la jambe à la suite d'un léger traumatisme et qui fut assez long à guérir.

L'année dernière, nouvel ulcère variqueux au même

endroit que le précédent et très long à guérir, il fallut trois mois de repos.

Depuis un an, une petite tumeur serait apparue sur la face interne de la cuisse.

Antécédents personnels. — Rien.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier à signaler.

Examen. — A partir du tiers moyen de la cuisse, on sent un cordon induré du volume d'un gros crayon sur le trajet de la saphène, et on arrive à une grosse ampoule, indurée, constituée par plusieurs bosselures et qui est très résistante.

En suivant au-dessous, on trouve à la face interne de la jambe une masse composée de tortuosités accolées et fusionnées dans laquelle il est impossible de reconnaître le trajet de la veine. Le long de ce cordon et de cet agglomérat veineux, la peau a subi une pigmentation anormale. Il n'y a pas de signe de Trendelenburg. Il existe une lame d'œdème prétibial.

On voit à la face interne de la jambe, sur le tiers inférieur, des plaques de pigmentation, et la cicatrice de l'ulcère dont nous a parlé le malade est représentée par une plaque très pigmentée. Le système saphénien est manifestement thrombosé.

La gêne fonctionnelle du membre inférieur va en s'accentuant, et le malade se voit sur le point de renoncer à sa carrière ; le soir, l'œdème de la jambe s'accentue et gagne le dos du pied ; le membre est lourd, douloureux et siège de fréquentes crampes.

Opération le 13 *mars* 1912. — Anesthésie à l'éther. Saphénectomie totale. M. Forgue poursuit l'extirpation du tronc fémoral thrombosé et du paquet aggloméré de la

jambe, jusqu'à la partie inférieure de cette dernière. La thrombose est totale ; la section du gros cordon fémoral est occupée par un caillot noirâtre, adhérent, et cette obstruction thrombosique se retrouve sur le paquet de la jambe.

On lie tous les affluents de la saphène dont la plupart sont thrombosés.

Examen de la pièce. — Périphlébite très manifeste, épaississement des parois.

Les suites opératoires ont été simples et aseptiques ; pendant deux mois, il a présenté un œdème de la partie inférieure de la jambe. Mais en juin, le malade dit n'avoir ni troubles douloureux, ni sensation de pesanteur au niveau du membre inférieur, et a pu reprendre son service d'homme d'équipe à la Compagnie des chemins de fer.

Observation XII

(Résumée)

Broca. — Ulcère sur un membre variqueux. Phlébite suppurée. Pyohémie. Mort.

Van Bocktan François, 56 ans, journalier, entre, le 20 janvier 1888, salle Michon, hôpital de la Pitié.

Ouvrier belge, variqueux des deux jambes. Alcoolique malgré ses dénégations. Il attribue l'origine de son ulcération actuelle à une écorchure produite à ce niveau, il y a un mois, par une lame de fer.

Actuellement, présente ulcère arrondi, grand comme une pièce de 5 francs à la région externe de la jambe gauche ; autour, rougeur diffuse, peau chaude ; ces accidents inflammatoires datent de quelques jours et ont forcé le malade à abandonner son travail. Douleurs dans l'aine

gauche, pas de traînées rouges, visibles : léger état fébrile, langue saburrale.

Le 23 janvier. — Dans la nuit, délire très violent, veut se lever, crie.

24 janvier. — Matin, perte de connaissance ; température 39°5 ; les veines forment autour du membre, surtout autour du genou, un réseau d'une rougeur violacée. Epanchement assez abondant dans le genou droit. Le soir à 5 heures, température 38°6. Agonisant. Insensible. Pas de frisson. Défécation involontaire et non diarrhéique. Mort à 7 heures et demie du soir.

A l'autopsie. — Le membre inférieur gauche présente un œdème notable ; tout autour de l'ulcération, principalement en arrière, couleur rouge vif de la peau.

En disséquant les veines, on trouve la saphène interne, dans toute sa longueur, remplie de pus, à parois épaissies. La membrane interne est congestionnée, d'un rouge violacé intense et uniforme.

Pas d'abcès métastatiques dans les viscères.

Observation XIII

Due à l'obligeance de M. le professeur Forgue

M. D..., boulanger, est un homme de 65 ans, très robuste, de haute stature ; comme cuirassier, en 1870, il a participé à la charge de Reichshoffen. C'est à 22 ans que les varices ont commencé à se développer au niveau de la jambe, et les exercices du cheval ont paru les accroître.

Peu à peu, tout le domaine de la saphène interne s'est dilaté et, il y a trois ans, a commencé à apparaître la dilatation moniliforme du tronc fémoral de la saphène.

A l'entrée, le malade présente, au niveau de la jambe droite, un paquet de dilatations irrégulier sur le trajet de la saphène interne et de ses affluents, mais les lésions les plus curieuses siègent au niveau de la cuisse ; à la partie moyenne, s'observe une énorme ampoule du volume d'un gros œuf de poule ; à la base du triangle de Scarpa et au niveau de la crosse de la saphène, se voit une volumineuse dilatation ampullaire, du volume d'une grosse noix.

Ce qui est bien intéressant, c'est que ces ampoules ne paraissent pas contenir du sang liquide : leur consistance est solide, uniforme, le tronc intermédiaire qui les joint donne l'impression d'un cordon injecté et induré ; et cette induration se prolonge au-dessous de l'ampoule fémorale jusque dans le paquet de cordons tortueux qui répond à la portion jambière haute de la saphène.

Le 25 octobre 1911, M. Forgue procède à la saphénectomie totale par une longue incision conduite depuis le pli de l'aine jusqu'à la région basse de la jambe ; l'opération est pratiquée dans la rachianesthésie.

La crosse de la saphène est dégagée et liée à 1 cm. de son embouchure dans la fémorale, et on constate qu'à ce niveau, déjà elle est tout entière oblitérée par un thrombus noirâtre. Cette même trombose s'observe encore sur tout le trajet fémoral de la saphène et dans les 2 grosses ampoules qui ont été signalées. On retrouve encore cette phlébite obstruante dans la plus grande étendue de l'agglomération des varices tortueuses qui occupent la face interne de la jambe.

En raison de cette thrombose remontant jusqu'à la crosse de la saphène, en raison d'une insuffisance mitrale constatée chez le sujet, l'opéré a été l'objet d'une particulière surveillance et d'une mobilisation attentive, car on

redoutait fort le péril d'une embolie possible. Or, il est advenu que nul accident n'a compliqué les suites opératoires ; 25 jours après, l'homme quittait la clinique en excellent état avec un léger œdème du pied, le soir, qui a disparu depuis.

Les nouvelles qu'il nous donnait 3 mois après étaient excellentes ; l'homme, autrefois très gêné, surtout dans les 3 derniers mois qui ont précédé l'opération, a pu reprendre sa pleine activité.

CONCLUSIONS

I. Parmi les complications des varices, une des plus fréquentes est la phlébite variqueuse.

II. La phlébite variqueuse peut évoluer sous la forme plastique ou sous la forme suppurée. Elle intéresse tantôt, le plus souvent, le territoire de la saphène interne, plus rarement celui de la saphène externe, exceptionnellement les deux à la fois. Aussi bien dans la forme plastique que dans la forme suppurée, il est des phlegmasies étendues à toute la veine, diffuses, il est des phlegmasies localisées, limitées soit à des paquets variqueux, soit à des dilatations ampullaires de volume parfois considérable.

III. Les symptômes, dans les formes étendues, abstraction faite de l'existence de varices, ne diffère pas de ceux de la phlébite en général. Mais, dans les formes localisées, la phlébite des paquets variqueux, et surtout la phlébite ampullaire isolée revêtent des caractères cliniques particuliers, variables d'ailleurs, et susceptibles de prêter à des erreurs de diagnostic.

IV. L'embolie, rare mais possible, dans les formes plastiques, l'infection générale par embolie microbienne dans les formes suppurées, sont les principales complica-

tions qui font de la phlébite variqueuse une affection à pronostic toujours réservé, souvent grave, réclamant une thérapeutique active.

V. Le traitement médical peut être conseillé dans quelques cas, il est très long et permet toujours les récidives. Le traitement chirurgical jouit, à l'heure actuelle, d'une faveur méritée ; appliqué à temps, il est, dans tous les cas, préventif des complications et réellement curatif. La simplicité de sa technique, la substitution à l'anesthésie générale de l'anesthésie locale ou rachidienne à la novocaïne permettent d'en étendre largement les indications.

BIBLIOGRAPHIE

Auvray. — Extirpation d'une phlébite variqueuse suppurée. Bull. Soc. Anat., 1899, page 128.

Blot. — Cure radicale des varices volumineuses par phlébite adhésive. Bull. Soc. Chir., 1862, 2e série, t. III, p. 133.

Branchu (C.). — Nature des phlébites variqueuses. Thèse de Paris, 1894, no 375.

Bouyssou. — Phlegmatia alba dolens chez les tuberculeux. Thèse de Montpellier, 1890, n° 23.

Broca — Etude de la phlébite variqueuse. Revue de Chirurgie, 1889, pages 638 et 728.

Chabenat. — De la mort subite par embolie pulmonaire dans les varices enflammées. Thèse de Paris, 1874, n° 21.

Cornil. — Sur anat. pathol. des veines variqueuses. Arch. phy. normales et patholog., 1872, t. IV.

Croix-Marie. — Contribution à l'étude des phlébites; traitement par la mobilisation précoce. Thèse de Paris, 1902, n° 15.

Daguillon. — Contribution à l'étude clinique de la phlébite primitive. Thèse de Paris, 1895, n° 59.

Delbet. — Congrès de Chirurgie. Paris, 1900. Des phlébites.

Dionis des Carrières. — Deux observations sur des accidents qui compliquent le diabète. Mon. des hôp., nos 54 et 55 ; *in* Gaz. hebd. méd. et chir., 1857, page 357.

Guériteau. — Contribution à l'étude de la phlébite variqueuse des membres inférieurs et en particulier de son traitement opératoire. Thèse de Paris, 1898, no 372.

Guibal. — Dilatation ampullaire des veines. Revue de Chirurgie, 1903, pages 722 et 93, t. I et II.

Etienne. — De la phlébectomie dans les phlébites variqueuses des membres. Thèse de Paris, 1903, n° 326.

Forgeron (Georges). — Dilatation ampullaire de la saphène à son embouchure. Thèse de Paris, 1881, n° 374.

Jaccoud. — Phlébites multiples. Bulletin médical, 28 juillet 1895.

Hervieux. — Traité clinique et pratique des maladies puerpérales. Paris, 1870, p. 633.

— De la phlébite puerpérale, p. 738, ch. IV.

Le Dentu. — Embolie consécutive à une phlébite variqueuse. Bull. Soc. anatom., 1863, page 494.

Longuet et Balthazard. — Traitement chirurgical des phlébites enflammées. Presse médicale, 7 décembre 1898.

Longuet et Péraire. — Phlegmasie variqueuse. Bull. Soc. anat., 15 novembre 1902.

Maydieu. — Inflammation des varices. Thèse de Paris, 1881, n° 15.

Mérieux. — Phlébite variqueuse suppurée. Th. Paris, 1896, n° 119.

Morestin. — Veines variqueuses. Bull. Soc. anat , pages 252 et 931 à 934, 1899.

Nivert. — Inflammation spontanée des veines variqueuses des membres inférieurs chez des femmes accouchées. Arch. gén. méd., 1862, t. XX, p. 153.

Pauly. — Contribution à l'étude des phlébites variqueuses chez les femmes enceintes et nouvellement accouchées. Thèse de Paris, 1898, n° 496.

Quénu. — Résection de la veine poplitée, dilatée et thrombosée. Congrès français de chirurgie, 1892, p. 459.

Riche. — Du traitement de quelques phlébites. Bull. Soc. anat., 1903.

Richard. — Varices et phlébites. Dict. encyclop. des sciences méd.

Richard (Paul). — Etude sur la phlébectasie superficielle chez la femme enceinte. Thèse de Paris, 1876, n° 501.

Robineau. — Traitement chirurgical des phlébites. Thèse de Paris, 1898, n° 347.

Rosenthal (Mlle). — Quelques considérations sur la phlegmatia alba dolens puerpérale et son traitement. Thèse de Paris, 1892, n° 138.

Rigaud. — Traitement curatif des dilatations variqueuses des veines superficielles des membres ainsi que de la cirsocèle par

méthode du simple isolement d'un ou plusieurs points du trajet des vaisseaux. Bull. Soc. chir., II, p. 465, 28 mai 1875.

Sagot. — Contribution à l'étude de la phlébite des veines saphènes et de leurs branches. Thèse de Paris, 1902, n° 73.

Schwartz. — Thromboses et phlébites. Nouveau dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques. Art. veines pathologie chirurgicale, page 753.

— Article varices (phlébite), page 403.

— De la phlébite variqueuse. Presse médicale, 1896, page 57.

— Phlébite variqueuse. Traité de chirurgie clinique et opératoire, 1897, t. IV, page 423.

— Extirpation des phlébites variqueuses. Bulletin et Mémoire Soc. chir., 1893, pages 146-388.

Tuffier. — Extirpation de phlébite des veines jumelles. Bull. Soc. anat., 1884, page 31.

Vaquez. — De la phlébite des membres. Cliniques de la Charité, 1894, p. 751.

— Traitement de la phlébite des membres. Mercredi médical, 1894, page 145.

Wagon et Bouchet. — Des phlébites. Bull. Soc. anat., 1903, p. 146.

Verneuil. — Formes graves du coup de fouet. *In* Arch. générales de médecine, 1877, t. I, p. 24.

Verneuil et Terrillon. — Varices profondes et coups de fouet. *In* Arch. générales de thérapeutique, 1882, t. CXXXII, p. 425.

Vilon. — Phlébite variqueuse post-puerpérale. Thèse de Paris, 1888, n° 175.

Viko. — Phlébite chronique des veines saphènes. Saphénectomie. J. Amer. med. Ass., 9 juillet 1895.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 19 juillet 1912.
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil d'Université,
VIGIÉ.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 19 juillet 1912.
Le Doyen,
MAIRET.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS. 9

INTRODUCTION 11

CHAPITRE PREMIER. — ETIOLOGIE 16

CHAPITRE II. — FORMES ANATOMIQUES 22

CHAPITRE III. — ETUDE CLINIQUE 29

CHAPITRE IV. — TRAITEMENT 47

OBSERVATIONS 59

CONCLUSIONS 73

BIBLIOGRAPHIE. 75

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !